

(別紙)

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	Ⓐ・b・c
<p><評価所見></p> <p>法人理念「人と人との関わりを福祉の原点とし、地域における生活を多目的に捉え、障害の種別・年齢・信条などにとらわれずに個別的な価値観とライフスタイルに応じた支援を実施することを基本に福祉活動を行います。」と4つの柱の基本方針が明文化され、パンフレットや事業計画、ホームページに記載されている。職員には運営会議や内部研修時に周知され、特に新任職員には新任職員研修で「法人理念の理解」としてカリキュラムとして組み込まれており、理事長より説明され、周知・徹底が図られている。保護者等にはパンフレットや事業計画書を用い、保護者会を通して説明され周知がなされている。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	Ⓐ・b・c
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	Ⓐ・b・c
<p><評価所見></p> <p>施設長は全国単位の役職を務め、各種会議や研修会に出席し社会福祉事業の動向について理解しており、その状況について課題・分析を行っている。それらの情報は各事業所の管理者を中心とする運営会議で共有化され、理事会にも報告されている。併せて事業所収支状況も周知されている。経営状況や改善すべき課題について法人中長期計画（5ヵ年）が策定されており、新規事業や事業内容の変更がなされている。本年度より新たに中長期計画（5ヵ年計画）が策定されている。又、財務分析表を基に経営課題に向けた取り組みを行っている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		

4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	Ⓐ・b・c
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	Ⓐ・b・c
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	Ⓐ・b・c
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・Ⓑ・c
<p><評価所見></p> <p>本年度を開始年度とする法人中・長期計画（5ヵ年）を策定しており、それに基づいた単年度計画が策定されている。単年度の事業計画は各業務職員が検討し、その責任者が取りまとめ作成し、法人へ提出する。事業内容の見直しや評価については上半期・年度終了時の年2回行われており、次年度の計画に反映されている。保護者には年1回保護者会総会時に説明されているが、利用者には行事予定表を施設内に掲示する方法に留まっており、その他の計画内容の利用者に対する説明が不十分であり、より分かりやすい説明資料の作成等について検討を期待する。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・Ⓑ・c
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・Ⓑ・c
<p><評価所見></p> <p>サービスの質の向上のため、東京都版の第三者評価の模擬自己評価を全支援員参加のもと実施したが、定期的な実施には至っていない。又自己評価の集計を行い、課題分析シートにより改善策を検討はしたが、改善策の取り組みは今後の予定である。今後は改善策の実施や栃木版の自己評価の定期的な実施とその課題解決に向けた取り組みを期待する。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	Ⓐ・b・c

11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	㉠・b・c
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	㉠・b・C
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	㉠・b・C
<p><評価所見></p> <p>管理者は職務分掌にその役割と責任について明記されており、職員会議等において説明し、その理解を図っている。本年度は社会福祉法人改革における今後の事業展開について説明が行われた。法令遵守（コンプライアンス）規定が策定され、定期的に職員に周知されている。管理者は法人内の階層別研修会に於いて階層ごとの課題を設け、その課題解決に向けた助言を行いサービスの質の向上を図っている。現場職員から提示された課題検証に対して、助言・提案をスーパーバイザーとして実施している。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	㉠・b・c
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉠・c
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a・㉠・c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	㉠・b・c
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	㉠・b・c
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	㉠・b・c
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	㉠・b・c
<p><評価所見></p> <p>法人中・長期計画には必要な福祉人材や人材体制の具体的な計画が示され、職員に求める人材像として①新人職員には基礎的業務技術の習得②チームケアにおける実践力の向上（2年目）</p>		

③OJTの実践力の向上（中堅職員）を示している。又、職員に対しての期待として社会情勢の変化や地域・利用者のニーズに応えるために必要な知識や技術を会得し、サービスの質の向上と経営基盤の強化、充実を図る意識を高めるなど職員として使命感を持つよう取り組んでいる。そのため職員の育成（研修）計画が断層別に作成されている。期待される職員像が明確化され、人事考課制度は導入されていないが、キャリアパスシステムにより人材活用を図り人材管理を管理者に集中し、法人が総合的に管理されている。職員の就業状況は事務長が把握し個別指導を行い職員の悩み相談窓口を設け対応し、管理者に報告している。個人別成長目標が設定されており、目標達成管理や進捗状況の確認を行っている。職員の教育や方針については「期待する職員像」が明確化され、それに基づき断層別等の研修計画を策定し職員一人ひとりが受講している。内部研修はもちろん、外部研修にも積極的に参加し資格取得についても奨励している。実習生の受け入れについては「実習生対応マニュアル」に基づき、種別ごとに実習プログラムを作成し対応している。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	Ⓐ・b・c
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a・Ⓑ・c
<p><評価所見></p> <p>法人及び事業所の財務状況は、ホームページや広報紙に掲載するほか、事業所で閲覧できるよう情報公開されている。経理規程や資金運用規定に従い財務管理が行われており、場合によっては公認会計士などの助言を頂いている。法人監事による定期的な監査は実施されているが、公認会計士等による外部監査は未実施のため今後公認会計士等の外部監査の実施を期待する。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	Ⓐ・b・c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		

26	Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	㉠・b・c
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	㉠・b・c
<p><評価所見></p> <p>法人の基本方針のひとつとして「全ての対象者を地域の生活者として捉え、住民と共に共働し共に生活する」を掲げており、地域住民との交流は地域行事に積極的に参加し、事業所の行事にも参加して頂き盛んに交流が行われている。ボランティアも数多く受け入れており、ボランティア対応マニュアルにそって担当者に対応している。市の自立支援協議会に参加し、課題解決を検討することや相談サポートガイドの作成に協力するなど連携し、管理者は地域の様々な機関・団体の委員等を委嘱され連絡連携が図られている。地元の町内会の「おはやし会」の練習の場として、音楽棟の提供やテント・たいこ・マイクロバス等地域に還元するほか、市と災害時における福祉避難所としての協定も結んでいる。高齢者に対する配食サービスの実施・セーフティネット拠点事業の登録事業所・相談支援事業所の設置等を設け、地域の福祉ニーズを具体的なサービスに繋げ幅広い事業を展開している。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	㉠・b・c
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	㉠・b・c
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	㉠・b・c
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	㉠・b・c
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	㉠・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	㉠・b・c
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	㉠・b・c
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	㉠・b・c

36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	㉠・b・c
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	㉠・b・c
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	㉠・b・c
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	㉠・b・c
<p><評価所見></p> <p>利用者の意思と人格を尊重することを明記し、職員倫理規定と職員倫理規定に基づく行動指針において人権尊重に周知徹底が図られている。利用満足度聞き取りシートを用い重度の方の理解について確認されている。職員内部研修会においては差別を受けた体験談を用い人権を考える会を実施し確認されている。身体拘束や虐待防止については、定期的に事例等を用い周知徹底が図られている。サービス利用希望者には、ホームページや特別支援学校説明会に於いて専用パンフレット、活動、行事紹介、DVDで情報提供の他、随時施設見学、サービス内容の説明を行っている。サービス開始時には、パンフレット、利用契約書、重要事項説明書、を用い分かりやすく説明がなされている。サービス変更時等は地域移行システム・地域移行検討表が設置されている。利用満足度調査を定期的実施し、自治会においてもニーズ内容を把握されている。満足度においては毎週外出や旅行が設けられ利用者最大の楽しみになっている。利用者意見では苦情解決システムを設置し、苦情窓口説明表を玄関、多目的ホールに掲示されている。保護者会や個別支援会議において、利用者及び家族からの意向・要望を定期的確認されている。相談や意見はその都度受け付け、月1回実施される自治会主催お楽しみ会はアンケートに基づき対応している。安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取り組みとしては、各種リスクマネジメントを設定し、ヒヤリハット等を基に研修と対応策を明記し、定期的に職員への周知徹底が図られている。また各種感染症対応についてもマニュアルを設定され、さらに外・内部研修参加により感染症予防対策の強化維持と基礎体力・免疫力の維持向上体制が図られている。災害時における迅速な対応としては災害対応マニュアルと事業継続計画（BCP）を設定し定期的に職員への確認がはかられている。消防署立会いでの総合避難訓練においては夜間想定訓練実施で良好な印を頂いている。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	㉠・b・c
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	㉠・b・c
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		

42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・(b)・c
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	(a)・b・c
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	(a)・b・c
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	(a)・b・c
<p><評価所見></p> <p>サービス利用計画書・個別支援計画書・個別支援プログラム・個別支援手順書が作成されており、個別支援が図られている。個別支援計画の見直しは支援会議において担当職員の意見を参考に女性は2ヶ月に1回、他利用者は3ヶ月、6ヶ月に1回実施されている。アセスメントシートを用い、利用者其々個別的にアセスメントが適切に行われている。多様化するニーズに応じ事例検討会を行い、用途別専用のアセスメント表の検討が図られている。利用者の体調変化には日々の記録や担当職員・夜間担当者の記録から随時変更の対応がされている。利用者に関する記録の管理体制については、個人情報保護管理規定が定期的に職員に周知徹底が図られ、書類・記録・データが適切に管理されている。</p>		

(施設入所支援)

A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A-1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	(a)・b・c
A-1-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	(a)・b・c
A-1-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	(a)・b・c
A-1-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a・(b)・c
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-①	成年後見制度や日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)の活用を推進している。	(a)・b・c
A-1-(3) 契約内容変更		
A-1-(3)-①	契約内容変更等の手続きは適正に行われている。	(a)・b・c

評価所見

利用者個別の意思疎通アセスメント表を用い統一したコミュニケーション支援が図られるよう職員へ周知されている。相手にわかりやすい身振り・手振り・写真・絵・イラスト等を用い利用者が自ら活動できるよう支援している。利用者は文化祭やお祭りなど楽しみの場としている。自力で行う日常生活での行為は余暇の過ごし方や外出において個別の意向を尊重し、行動指針・余暇支援手順書・外出支援マニュアルをもとに安全な見守り支援体制がなされている。基本理念にある「個別的な価値観とライフスタイルに応じた支援を実施する」を基にわかりやすいように洗濯・買い物・電車利用等の手順書を配布し、毎月の調理実習等楽しみある企画をしている。成年後見人制度について家族や地域住民を対象とした学習会に職員は参加し制度を必要とする利用者に対し、サポート支援を行っている。利用契約開始時において契約内容の変更を手順書に添って説明を行い、利用者・家族・代理人に説明を行い同意を得るよう対応されている。

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 食事		
A-2-(1)-①	サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	Ⓐ・b・c
A-2-(1)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	Ⓐ・b・c
A-2-(1)-③	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(2) 入浴		
A-2-(2)-①	入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(2)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	Ⓐ・b・c
A-2-(3) 排泄		
A-2-(3)-①	排泄介助は快適に行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(3)-②	トイレは清潔で快適である。	Ⓐ・b・c
A-2-(4) 衣服		
A-2-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	Ⓐ・b・c
A-2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	Ⓐ・b・c

A-2-(5) 理容・美容		
	A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	Ⓐ・b・c
	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(6) 睡眠		
	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・b・c
A-2-(7) 健康管理		
	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	Ⓐ・b・c
	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	Ⓐ・b・c
	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	Ⓐ・b・c
A-2-(8) 余暇・レクリエーション		
	A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a・Ⓑ・c
A-2-(9) 外出・外泊		
	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	Ⓐ・b・c
	A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	Ⓐ・b・c
A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
	A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	Ⓐ・b・c
	A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	Ⓐ・b・c
	A-2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	Ⓐ・b・c
A-2-(13) 自治組織		
	A-2-(13)-① 利用者の自主性と意思が尊重されるような自治のための仕組みがある。	Ⓐ・b・c
A-2-(14) 家族との連携		
	A-2-(14)-① 家族との連携・交流を適切に支援している。	Ⓐ・b・c

評価所見

日常生活支援に関わる食事支援・入浴支援・排泄支援・衣服管理について其々のマニュアルが整備されている。食事支援においては栄養と身体状況に配慮し、個別の食事支援手順書が作成され6ヶ月に1回見直しされ、利用者の参加と月1回給食会議を行い、嗜好調査も実施されている。要望により献立は週3回パン食を設定し行事食として利用者の誕生会の支援に応じている。個別の食事状況を把握するために調理員も利用者の食事支援に当たっている。毎月季節感を取り入れながらテーブルレイアウトを設定し、利用者の体調に添った環境に配慮されている。入浴支援手順書は個別に作成され、バイタルチェックや身辺確認表に基づき健康管理確認が行われている。入浴は毎日15時から21時まで利用者全員が入られ一般家庭と同じようであり、介助支援においては同性介助の支援体制でプライバシーに配慮し、更衣の脱衣場等の環境は適切に保護されている。排泄支援では排泄手順書が個別に設定され個別支援記録表に排泄

状況を記録し健康管理に配慮した支援を実施している。身体状況に応じたトイレであり、毎日清潔と安全環境に努めている。衣服管理は利用者の好みを尊重した買い物支援や着替え時には身体状況に応じシャワー浴・清拭の支援を行い速やかな着脱支援が行われている。理・美容については身辺介助支援手順書を個別に設定し、利用者が自由に美容雑誌等を閲覧でき、個性を尊重した整容が出来るよう毎月散髪の確認をされている。安眠できるよう個別の就寝支援手順書が作成され、利用者の意思を尊重しながら就寝状況の確認を記録し、健康状態に配慮がされている。健康管理体制は個別の健康確認表から既往歴・内服薬表記録・年2回の健康診断・カラーテスターチェック表等を用い適切に行われている。通院支援手順書が個別に作成されている他、緊急時対応マニュアルが整備され、定期的に職員への周知が行われ、迅速かつ適切な医療が受けられるよう支援態勢が図られている。服薬支援手続き書にもとづき管理は確実にされている。余暇・レクリエーションは利用者の希望に沿い自治会主催のお楽しみ会や調理実習等を実施している。外出は毎週木曜日に出かけ、さらに年1回希望に応じた旅行が計画・実施されている。旅行外泊先では家族へ絵葉書を送る等の支援が行われている。所持金・預かり金の管理は担当者と小遣い帳の取り決めが行なわれ収支を明確にして半年に1回必ず保護者への確認がされている。新聞・雑誌の講読やテレビ等は自治会で話し合い取り決めが出来ている。嗜好品についても自治会で話し合いイベントや祭り時になっている。自治会は毎月開催され自主性と意思が尊重されている。家族との連携・交流は広報誌の発行や保護者会主催の会食を実施し、クリスマス会などには地域の交流者も招待している。また、ブライダル会場にてイベントが開催され利用者にとって楽しみある行事になっている。

様式

「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況

事業所名	障害者支援施設 那須共育学園
------	----------------

項目	評価結果に基づく現状分析 (平成 28 年度)	改善計画 (平成 28年度 2月末時点)	実施状況 (予定を含む) (平成 28 年 2月 22日時点)
支援者間の連携 不足、意識統一 の不十分さ	チームケアの実践力が求められている指導的職員が、現状として支援状況の見極めに基づいた指導・助言を実施しているものの、状況を更に多面的に捉える考察力や組織的立場を自覚した決断力が若手職員側が望む指導要求との間に差があるのではないかと考えられます。	人材育成体制の強化を目指し、指導者育成プログラムの設定を行い、現場における連携体制の再構築を図りたいと思います。	1 実施済み <input checked="" type="radio"/> 2 実施予定 (平成 29年 4月 頃) 具体的には以下のとおりです。 1 指導職員に対する指導状況の確認 (サビ管が 3月 10日までに実施) 2 状況評価をふまえ、指導者育成プログラムを策定(サビ管と指導職員で協議し、策定) 3 4月からプログラムに基づいた人材育成体制を実施

サービス改善計画・実施状況の公表について (○をつけてください。)

1 公表した (公表時期・公表方法)

2 公表する (公表予定時期・公表方法ホームページ)



これから公表する事業所は公表後速やかに県社協あて御連絡ください。

※公表方法 : ホームページ、紙媒体で受付に設置